Révision 30/10/2024

ITEM 137 : DOULEUR CHEZ L'ENFANT : EVALUATION ET TRAITEMENTS ANTALGIQUES

- Douleur = dès la naissance même prématurée : systèmes de perception de la douleur mis en place les **2 premiers trimestres de grossesse,** mais maturation lente des systèmes inhibiteurs/modulateurs les premières années.
- **Définition IASP** = « expérience **sensorielle et émotionnelle** désagréable, associée ou ressemblante à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » : émotions & sensations toujours associées, pas toujours verbalisées (ressemblant à…)
- Chez le jeune enfant, **incompréhension** de la cause/conséquence de la douleur : association de **peur et douleur**, détresse intense, la **présence des parents** soulage/sécurise. Influence++ de la **mémorisation et du contexte psychologique**.
- 4 composantes de la douleur (comme chez l'adulte) :
  - **Sensori-discriminative** : communiqué par le langage donc mal transmis chez l'enfant.
  - **Cognitive** : fait défaut chez le jeune enfant qui ne comprend pas ce qui se passe.
  - **Affectivo-émotionnelle** : exprimée de manière non verbale ++ (peur, colère, tristesse).
  - **Comportementale** : l'enfant adopte un comportement de douleur en grandissant (parfois masque son ressenti).

TYPE	Selon le mécanisme	- **Douleur par excès de nociception** (lésion tissulaire). - **Douleur neuropathique** (lésion nerveuse) : allodynie, hyperpathie, déficit sensitif… Difficile à caractériser chez le jeune enfant par manque de vocabulaire. Attention à ne pas suspecter à tort une exagération/théâtralisation. À suspecter si lésion du système nerveux. Activation sympathique associée : vasodilatation/vasoconstriction… (si SDRC notamment) - **Douleur fonctionnelle ou psychosomatique** = médicalement inexpliquée. Fréquente chez l'enfant/ado (contexte psychosocial : stress…), ≠ manipulation/simulation. = Caractéristiques **nociplastiques** (↘ seuil de douleur, dysfonction des systèmes inhibiteurs). - **Douleur mixte** = association de plusieurs mécanismes.
	Selon la durée	- Douleur **aiguë** : rôle d'alarme. Habituellement évident : modification du comportement, cris, plaintes, pleurs, agitation chez le très jeune… vécu modulé par des facteurs émotionnels (angoisse, phobie), le contexte familial, les expériences antérieures. **Sécuriser l'enfant**++ pour différencier peur et douleur. ➙ **Signes de douleurs** (≠ peur) : gestes de protection, position antalgique, crispation, grimace du visage hors pleurs, refus de jouer/communiquer. - Douleur **prolongée** ou **installée** : après quelques heures, modifications insidieuses, enfant trop calme : triste, apathique, immobile, prostré = atonie ou inertie psychomotrice. *Ne pas évoquer trop vite une tristesse, fatigue ou timidité : posture anormale, raideur, crispation…* - Douleur **récurrente** : douleur aiguë répétitive, parfois douleur prolongée intercritique. Douleurs abdominales, crises vaso-occlusives des enfants drépanocytaires, migraine… - Douleur **chronique** > 15 j/mois pendant plus de **3 mois** ou si la douleur dépasse sa durée attendue : rôle de **facteurs psychologiques et comportementaux** dans la genèse de la douleur, son maintien ou son exacerbation. Le + souvent sans cause reconnue (céphalée chronique, douleur musculo-squelettique chronique, douleurs abdominales récurrentes) ou liée à une maladie somatique chronique +/- amplifié par facteurs psychosociaux. **Fréquente chez les ados**, retentissement++ sur la vie courante.
PERCEPTION SELON L'AGE DE L'ENFANT	< 2 ans	- **Réponses réflexes** : pensée dominée par les perceptions sensorielles. - **La douleur envahit** le nourrisson (pas de notion de temps, cause ou soulagement) : réponses réflexes et majeures mêmes pour stimulus faible (bruyant puis atonie silencieuse). ➔ Contenir, rassurer, favoriser la présence et le rôle des parents, respecter les rythmes du nouveau-né.
	2-4 ans	- L'enfant vit dans **l'instant présent** sans distinction entre réel et imaginaire. - **Raisonnement magique** (fait peu le lien entre TTT et soulagement). - **Se croit transparent** (pense que l'adulte sait ce qu'il ressent). - **Association méchanceté et douleur** (maladie vécue comme punition). - **Point de vue égocentrique** : ne comprend pas qu'il faille lui faire mal pour qu'il aille mieux, tient l'autre pour responsable de sa douleur, accuse les soignants : infirmière ou parents « méchants ». - **Sentiment de culpabilité** (d'inquiéter ses parents). - **Importance des émotions** pouvant être source de détresse majeure. ➔ Favoriser la présence permanente des parents (sentiment de sécurité) informer avec des mots simples ou par le jeu, réassurer, distraire (accéder au monde imaginaire).

Révision 30/10/2024

	5-11 ans	- **Début de compréhension et d'analyse autonome** (émotions en veilleuse, raisonnement ↗↗). - **Stress, peur** (notamment de la mort) si douleur prolongée. - Comprend les causes et conséquences, aime les explications ➝ partenaire pour adapter le traitement. ➔ Expliquer et informer sans mentir ni dramatiser, développer des moyens de faire face avec les parents (leur présence peut ne plus être permanente), distraire et/ou accompagner par l'hypnose.
	> 11 ans	- **Appréhension plus abstraite du monde** : la maladie et la douleur peuvent être attribuées à des causes physiologiques et/ou psychologiques, au mauvais fonctionnement d'un organe ou à de l'anxiété. - **Autonomisation** et modifications corporelles au cours de la puberté : fortes émotions (vulnérabilité). - Maladie et douleur coupent les liens avec les amis. - Adhésion aux soins perturbée par des **phases d'opposition voire de révolte** (refus de traitement) et/ou des **phases dépressives et de perte de confiance** (immaturité apparente, régression). ➔ Informer clairement, négocier +++, contrat de soins, favoriser l'autonomie par rapport aux parents (en maintenant le lien), favoriser la présence des amis, moyens non pharmacologiques (écrans).
	Examen de l'enfant douloureux : **patience, écoute/observation empathique, collaboration des parents** (++si jeune) - Possible jouet attrayant pour entrer en relation avec les plus jeunes, garder d'abord une distance si agité. - **Circonstances** de survenue de la douleur, mode évolutif. - Caractéristiques sémiologiques, **intensité** douloureuse (évaluation). - Influence de facteurs calmants ou aggravants, réponse aux antalgiques. - **Répercussions** de la douleur sur la vie de l'enfant, bénéfices secondaires éventuels. - Risque de **surévaluation si environnement anxiogène**, **/sous-évaluation si douleurs intenses** (motricité figée), douleurs **chroniques** (dépression, déni), maladies **sévères** (lassitude), **handicap** (difficultés de reconnaissance), douleur **neuropathique** (comportement surprenant), **maltraitance** (douleur non-exprimée).	
	Manifestations douloureuses	- **Modification du comportement** (observer au repos pour différencier de réactions de peur) **:** . **Pleurs, cris** (non spécifiques), **enfant inconsolable :** trop facilement négligé ou attribué à la peur. . **Visage crispé** : froncement des sourcils et paupières, accentuation des sillons naso-labiaux, ouverture de bouche (grimace de douleur) ➝ signe le +spécifique y compris chez prématuré. . **Corps :** agitation transitoire (souvent attribués à la peur), crispation des doigts et orteils, raideurs, positions antalgiques, immobilité parfois impressionnante (signes spécifiques++). . **Troubles relationnels avec l'entourage :** désintérêt, refus de communiquer, enfant « lointain », prostré, inexpressif ➝ signe spécifique de l'atonie psychomotrice. . Troubles du **sommeil** (insomnie, réveils), de **l'appétit** (refus) : peu spécifique. - **Plaintes verbales.** - **Modification des constantes** (peu spécifique) : **FC, FR, PA.**
ÉVALUATION	- Évaluation à l'arrivée puis régulièrement (+++ si changement de comportement) avec la même échelle. - En 2 temps : **au repos** (= sans approcher, de loin) et lors de la **mobilisation**. - Demander **l'opinion des parents** sur le niveau de douleurs (place importante++ si enfant handicapé). - **Ne pas discréditer la parole de l'enfant** (même si discordance score de l'enfant/comportement) : EVENDOL n'évalue pas le ressenti (ne prouve pas que l'enfant exagère/n'a pas mal) : parfois douleur masquée/peu exprimée, surcotée si souhait de rester hospitalisé ou sous-évalué si souhait de ne pas rester perfusé/hospitalisé….	
	Autoévaluation > 4-6 ans	➝ Entre **4 et 6 ans : confirmer par l'hétéroévaluation** si nécessaire (après 6 ans, + fiable). > 4 - 6 ans : **échelles des visages** (FPS-R) : seuil de traitement **4/10.** > 6 - 8 ans : **EVA pédiatrique** (verticale) : seuil de traitement **3/10.** > 8 - 10 ans : **évaluation numérique** possible. **Borne supérieure** décrite simplement (« très très mal, très forte douleur »).
	Hétéroévaluation	**0 - 4 ans** ou trouble de la communication ou déficit cognitif. ➝ **Échelle EVENDOL** (validée pour douleur aiguë ou prolongée dans de nombreux contextes) : critères verbaux, relationnels, mimiques, mouvements, positions : seuil de traitement **4/15.**
	Autres outils	- **Schéma du bonhomme** : connaître les localisations de la douleur (4 couleurs pour colorier les zones selon l'intensité douloureuse). - **DN4** : douleur neuropathique *(version pédiatrique avec images et métaphores).* - Évaluation globale **biopsychosociale** si douleur persistante ou chronique (retentissement et contexte de vie, aspects anxio-dépressifs).

PREVENTION DE LA DOULEUR LIEE AUX SOINS	Douleur liée aux soins = vécue comme une **agression incompréhensible**, détresse/protestation++, risque de phobie des soins (installation rapide) : **prévention de la douleur et de la peur systématiques**, dès le 1er soin.		
	Moyens non médicamenteux	**Avant le soin**	- **Relation de confiance** et **environnement serein/ludique.** **- Informer/préparer l'enfant au soin** : ne pas mentir/banaliser, expliquer le déroulement du soin, les moyens pour éviter la douleur, le rôle de chacun. - **Comportement du soignant** : réassurance, éviter les négations (« cela ne va pas faire mal » → préférer « rassure-toi »/« tout se passera au mieux »), information sans mentir ni banaliser. - Prévoir la **participation de l'enfant** (s'il le souhaite) et des **parents** (rôle important : contact visuel/verbale/tactile, distraction, ne pas impliquer dans la contention forte). - Prévoir les **antalgiques** et le **délai d'action.** **- Soignant** déjà expérimenté présent si possible.
		Pendant le soin	- **Installation confortable, faire respirer calmement.** **- Présence des parents.** - **Distraction** (bulles de savon, jouets, histoire, chansons, réalité virtuelle, vidéo…) - **Hypnoanalgésie** > 5 – 6 ans, par un soignant formé. - **Savoir s'arrêter** le soin se passe mal (éviter contention forte +++), réfléchir aux alternatives.
		Après le soin	- **Félicitation**, valoriser le courage. - Évaluer la douleur et le degré de contention (si difficulté).
	Médicaments	= **Utilisation d'antalgique systématique** : prévention de la phobie des soins. /!\Moyens médicamenteux **TOUJOURS en association** avec moyens non pharmacologiques /!\	
		Solution sucrée	= Solution de **saccharose 24 %** ou **glucose 30 %** (1-2 ml) sur une tétine : **2 minutes avant** un soin douloureux, efficace pendant 5-7 minutes, **y compris chez le prématuré, jusqu'à 6 mois.** → **L'allaitement maternel** est une alternative aussi efficace prouvée.
		Crème EMLA®	= Mélange de **prilocaïne** et **lidocaïne** : AMM dès la naissance (précautions chez le prématuré). - Appliqué avant le geste : **1 h** (anesthésie sur **3 mm** de profondeur) ou **2 h** (sur **5 mm**). - Application topique sous pansement occlusif, ou patch chez l'enfant plus grand. Efficace 1-2 h. - Utile pour effraction cutanée à tout âge y compris chez nouveau-né.
		MEOPA	= Mélange équimoléculaire oxygène-protoxyde d'azote (50/50) : **analgésie de surface + anxiolyse** → **Référence pour les actes et soins douloureux**, nécessite une **formation courte.** - AMM dès l'âge de **1 mois** (acceptation délicate avant 3 ans, ne pas forcer). - Indiquée avant **tout geste superficiel provoquant des douleurs modérées** : ponction veineuse, ponction lombaire, myélogramme, petite chirurgie cutanée, pansement, sondage… - Débuter l'inhalation au moins **3 minutes** avant le geste, durée **< 60 minutes.** - Toujours associer à la **distraction**/de **l'hypnoanalgésie**, laisser l'enfant tenir le masque. - CI (rare) : **HTIC**, **troubles de conscience, pneumothorax**, **oxygénodépendance > 50 %, traumatisme crâniofacial.** - EI (rare, réversibles en qq minutes) : **nausées, vomissement, sédation, malaise, dysphorie.**
		Autres	- **Anesthésiant local** (Xylocaïne) en infiltration sur les berges d'une plaie (délai 5 min) : injection douloureuse, tamponner le pH acide de la solution, injecter lentement sous MEOPA. - Associations des différents moyens possibles. +/- antalgiques palier 2 ou 3 (efficacité en **30 min per os** et en **10 min IV**). - Anxiolytique type **hydroxyzine** pour diminuer l'anxiété. - Si insuffisant, possible **sédation** médicamenteuse orale (délai 30-60 min) ou rectale (délai < 10 min si liquide) ou IV (délai < 10 min) sous surveillance.

PEC DE LA DOULEUR

- Douleurs liées à une maladie, traumatiques ou postopératoires = ttt médicamenteux ET non médicamenteux.
- Douleurs chroniques médialement inexpliquée = méthodes non médicamenteuses.
- Si **douleur non-traitée = aggravation de la détresse/angoisse**, impact négatif++ et mémorisation (conscient/inconsciente, dès la période néonatale) : **sensibilisation** à la douleur, risque **d'intensification/chronicisation** de la douleur (alors qu'une douleur soulagée est mémorisée comme plus faible qu'initialement enregistrée.

Principes de prescription :

- Prescription systématique à **horaires réguliers** pour la durée prévisible de la douleur (**pas « si besoin »**).
- **Antalgique adapté** au niveau de douleur (douleur intense = palier 2/3 d'emblée, sauf migraine/douleur psychogène ou neuropathique).
- Toujours associer une **méthode non pharmacologique validée** : distraction, installation, présence des parents, relaxation, hypnose, information, dialogue.
- Combiner les antalgiques si nécessaire : **paracétamol + AINS + morphiniques.**
- Prévoir un **recours si douleur persistante** malgré traitement.

Intensité de la douleur	EVA/EN (0-10)	Activités	Antalgiques
Légère	1-3	Normales/subnormales	**Abstention/paracétamol**
Modérée	3-5	Diminuées	**Paracétamol** Si insuffisant : + AINS/palier 2
Intense	5-7	Très pauvres	**Paracétamol + palier 2 +/- AINS** Si insuffisant : prévoir palier 3
Très intenses	7-10	Arrêtées	**Paracétamol + palier 3 +/- AINS**

- Si nécessité d'augmenter le palier : **rechercher une complication** ou un événement intercurrent.
- Privilégier **voie orale ou IV**. Éviter suppositoires (absorption aléatoire sauf si TTT IV injecté en IR), SC et IM.

- **Suivi de l'efficacité** +++ (après délai d'action : 5 min bolus IV, 15 min IVL, 30-60 min voie orale) avec **réévaluation par la même échelle qu'initialement**.
- Ne pas utiliser volontairement de **placebo** (ne discrimine pas douleur fonctionnelle et organique).
- **Choix de l'antalgique** selon le mécanisme/l'intensité/l'étiologie de la douleur : pas de morphiniques pour une migraine ou une douleur chronique inexpliquée, AINS si traumatisme ou fracture ou migraine ou inflammation ou postopératoire, TTT spécifiques si douleur neuropathique.
- **Objectifs de PEC = EVA ≤ 3-4/10 (EVENDOL ≤ 4-5/15) et reprise des activités de base de l'enfant.**

Médicament		Voie	AMM	Dose par prise	Dose journalière
Paracétamol		Orale	**Tout âge**	**15** mg/kg/6 h	**60** mg/kg (max 4 g)
		IV	**Tout âge**	**15** mg/kg/6 h	**60** mg/kg
Ibuprofène		Orale	**≥ 3 mois**	**10** mg/kg/8 h ou **7,5** mg/kg/6 h	**30** mg/kg
Nalbuphine		IV	**≥ 18 mois**	**0,2-0,3** mg/kg/4-6h	1,2 mg/kg/j en continu
		Rectal		**0,4** mg/kg/4-6h	
Tramadol		Oral	**≥ 3 ans**	**1-2** mg/kg/6 h	**4-8** mg/kg (max 400 mg)
Morphine (Surveillance étroite)		Orale	AMM **≥ 6 mois** Poso -50 % si <6 mois	**0,2 mg/kg/4 h** +30-50 % si insuffisant	Pas de posologie maximale
Palier 1	**Paracétamol**	= AMM chez le nouveau-né (dès la naissance) et l'enfant, maximum 60 mg/kg/j (**max 4 g/j adulte**). - **Voie orale** : sirop, gélule/cp/poudre, effervescente/sublinguale/à avaler. Délai de **30-60 min**. - **Voie injectable** (aucun avantage d'efficacité démontré par rapport à la voie orale) : diminution des doses IV si prématuré/nourrisson. - **Voie rectale** (suppositoire) : non recommandée (biodisponibilité faible imprévisible). - EI rares aux doses thérapeutiques : réaction cutanée, thrombopénie… - Toxicité : insuffisance hépatocellulaire > 150 mg/kg. - Contre-indications : insuffisance hépatocellulaire sévère, hypersensibilité.				

	Palier 2	**AINS**	- **Ibuprofène** : AMM dès **3 mois**, per os = **30 mg/kg/j** en 3 prises (10 mg/kg/8 h) ou 4 prises (7,5 mg/kg/6 h = dose-poids de sirop), **maximum 400 mg/prise.** Délai **30-60 min.** Durée courte **2-4 j.** - **Kétoprofène** : AMM > 15 ans (utilisé +jeune en pratique), par voie IV. - EI : **saignement** digestif (rare++), autres complications exceptionnelles chez l'enfant. - Contre-indications : UGD, varicelle, déshydratation, insuffisance rénale/hépatique. - Non-recommandé si infection sévère (++ si ORL/pulmonaire/cutanée/tissus mous).
		Codéine	- Restriction : chez l'enfant **> 12 ans**, non autorisé après amygdalectomie/adénoïdectomie. - Transformée en morphine par CYP2D6 (10 % mais **variable selon métabolisme**/!\) - **Voie orale** : toujours associée au paracétamol, **comprimés** sécables (20 mg/400 mg ou 30/500) **3 mg/kg/j en 4-6 prises**. PAS de sirop. - EI : **nausées/vomissements** (constant après 2-3 jours d'utilisation), **constipation, somnolence, vertiges…** risque **d'addiction** et d'interaction avec les autres opiacés (proscrits) et BZD. - CI : crise d'asthme, insuffisance respiratoire ou hépatocellulaire, + précaution si trouble neuro.
		Nalbuphine Nubain®	= Agoniste-antagoniste de la morphine : utilisé en cas de douleur intense. (*NB : classifiée dans le palier 3 mais effet plafond : efficacité d'équivalent palier 2*) - AMM **à partir de 18 mois**, mais couramment utilisé chez l'enfant plus jeune. - **Voie IV : 0,2-0,3 mg/kg/4-6h** en IVL sur 20 minutes, 4-6/j, avec plafond à 0,3 mg/kg x 6/j Ou 1,2 mg/kg/j en IV continue. Délai **10-20 min.** - **Voie rectale** : 0,4 mg/kg/4-6h, utilisation courante, notamment en urgence. Délai **30 min.** - EI : **somnolence, vertiges, nausées, sécheresse buccale, céphalées, impression de planer** (si IV rapide, à éviter)**. Quasiment jamais de dépression respiratoire.** - **Effet plafond** (inefficace si douleur sévère++) → si inefficace = passer à la morphine. - CI : hypersensibilité, précaution si atteinte respiratoire ou neurologique évolutive.
		Tramadol	- Double action opioïde et monoaminergique → utile si composante neuropathique. - Forme orale en gouttes (Topalgic®) : **AMM ≥ 3 ans**, à 1-2 mg/kg/prise (débuter à 1 mg/kg) maximum 4 fois par jour en espaçant d'au moins 4 h. 1 goutte = 2,5 mg (préciser la prescription). - Forme LP (Monoalgic®) ou associé au paracétamol (Ixprim®) : AMM ≥ 12 ans. - Forme IV > 15 ans, pas d'AMM pédiatrique. - EI : somnolence, vertiges, nausées, vomissements, céphalées, convulsions, risque addictif. - CI : hypersensibilité, précaution si atteinte respiratoire ou neuroévolutive.
	Palier 3	**Morphine**	- Utilisable dès la naissance, sans posologie maximale. À associer en général au paracétamol/AINS. - Voie **orale (**AMM **> 6 mois** mais utilisable avant : diviser les posologies par 2)**.** →**Titration** comme chez l'adulte puis répartir la dose journalière de morphine orale **: LI en 2 prises LP (matin et soir) + interdose de 1/6e à 1/10e de la dose journalière LP.** . **LI** : buvable (gouttes ou dosettes), gélules. Début à **0,2 mg/kg/4 h** et augmenter par paliers de 30-50 % si besoin (1 goutte = 1,25 mg). Si douleur persistante : interdose de 50 % de la dose reçue sur 4 h. Délai **30-45 min**, durée d'action **4 h**. . **LP** : gélules. En relais éventuel après 24 h LI si douleur stable persistante. 2 prises par jour + interdoses. Délai **2-4 h**, durée d'action **12 h**. - Voie **IV (dès la naissance) :** morphine ampoule. En cas de douleur très sévère en urgence, **délai de 5 min** : dose de charge (0,05-0,1 mg/kg) puis titration (bolus jusqu'au soulagement) puis perfusion continue ou PCA (gérable par l'enfant après 6 ans, par l'IDE avant). - Surveillance horaire de vigilance/FR/EVA : si surdosage : **somnolence et bradypnée**. → Stimulation, oxygène, Naloxone 2-5 µg/kg IV toutes les 3 min jusqu'à récupération. - Autres EI (++si voie IV, attention erreurs de prescription/préparation) : **constipation** (**macrogol systématique**), prurit, nausées, rétention urinaire… risque d'interaction avec les autres opioïdes. → Si besoin (voie IV++) : antagonistes de la morphine à très petite dose (naloxone, nalbuphine). - Contre-indications : insuffisance respiratoire décompensée, insuffisance hépatique sévère. Précaution si atteinte neurologique évolutive ou insuffisance rénale.
		Autres	**- Fentanyl transmuqueux** (intranasal)/**transcutané** (patch) : douleur cancéreuse. **- Hydromorphone**, **buprénorphine, oxycodone**…
		Attention **si morphinique (palier 2/3)** : - Toujours associés aux **antalgiques de palier 1**, jamais d'association de 2 morphiniques. - Si co-prescription de **morphiniques et BZD** : risque somnolence/hypoventilation (risque ++ pour la voie IV). - Pour tout morphinique : risque de somnolence/hypoventilation si surdosage : à surveiller (++ si IV).	

	Autres	Coanalgésiques	- **Antispasmodiques** : efficacité modeste, à associer à un autre antalgique, si douleur viscérale . Voie orale : **phloroglucinol**, trimébutine, tiémonium. . Voie injectable : phloroglucinol. - **Anxiolytiques (hydroxyzine/benzodiazépines)** : prémédication de gestes douloureux. **Midazolam** en injectable (surveillance rapprochée) ou intrarectal ou voie orale.
		Douleur neuropathique	- Sur avis spécialisé : antidépresseurs tricycliques et/ou anticonvulsivants. Hors AMM . Per os : **amitriptyline** (antidépresseur), **gabapentine**/prégabaline (antiépileptique). À titrer. . Voie locale : AL type lidocaïne (Versatis®), emplâtre sur la zone d'allodynie.
		Modulateur (anti hyperalgésie)	- **Néfopam** (hors AMM) : en IVC (usage PO peu documenté), AMM ≥ 15 ans (mais utilisé avant). **EI** : vertiges, somnolence, nausées, convulsions. - **Kétamine** à petite dose en IVC associé à une PCA de morphine IV si douleur sévère/prémédication de geste invasif) : sénior habitué requis, surveillance type soins intensifs.
		Anxiolytiques	**= Hydroxyzine/BZD** (midazolam IV/IR/PO) : prémédication de geste douloureux (↘anxiété).
		Moyens non médicamenteux	À privilégier devant une **douleur chronique** inexpliquée médicalement, et **systématiquement associée** aux antalgiques pour une douleur aiguë (minimum soutien relationnel & distraction). - Méthodes **physiques** : activité physique adaptée, kiné, massages, électrostimulation, chaud/froid, vibrations (++ traumatologie, postopératoire, rhumatologie, douleurs chroniques). - Méthodes **comportementales** : conditionnement opérant, relaxation, yoga, méditation, biofeedback, modeling, désensibilisation… - Méthodes **psychocorporelles** : distraction et attention, imagerie mentale, hypnose, musique, réalité virtuelle : diminution de la douleur & l'anxiété. - Psychothérapies verbales parfois (douleurs chroniques++). ➔ Méthodes psychocorporelles et psychothérapies recommandées si **douleurs chroniques.**
POINTS CLES	- Dans certaines situations (traumatologie, post-op…) les **AINS sont plus efficaces** qu'un palier II-III. - En cas d'insuffisance d'efficacité du paracétamol ou de l'ibuprofène : **les associer et non alterner.** - **Peu d'effets indésirables de l'ibuprofène** aux posologies recommandées < 48-72 h. - Tramadol possible en alternative à la codéine après 3 ans mais métabolisme variable, risque d'EI. - **Morphine orale** recommandée dans les douleurs intenses ou résistantes aux autres paliers (palier 2 restreint++).		
	Exemples	Otite moyenne aiguë	- Douleur modérée : **paracétamol et/ou ibuprofène.** - Douleur sévère : les 2, réévaluer, **tramadol/morphine orale** si besoin, +gouttes auriculaires. Otalgie persistante à 48-72 h = réévaluation médicale ± paracentèse avec efficacité antalgique.
		Traumatologie	- Douleur modérée : **paracétamol et/ou ibuprofène** (/association). - Douleur sévère : association **d'ibuprofène-tramadol ou ibuprofène-morphine orale.** Analgésie (MEOPA++ si besoin) avant la mobilisation, la radio, la confection du plâtre.
	Adolescent douloureux chronique		Céphalées, douleurs abdominales, douleurs musculo-squelettiques : consultations multiples, errance diagnostique, recherche de soulagement. - **Croire et confirmer** la douleur chronique, sans juger/minimiser/condamner. - Explorer le **contexte**, le **retentissement** (scolaire, social, familial), les **troubles psychoémotionnels** associés (cause/conséquences : troubles du sommeil, anxiété, dépression, catastrophisme, TS, scarifications…) - Consultation dédiée : méthodes physiques, psychocorporelles & psychothérapeutiques++. - Antalgiques usuels peu utiles (éviter les morphiniques++).